

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ABSCESOS HEPATICOS
EN EL HOSPITAL GENERAL DE QUEZALTENANGO
(Revisión de 6 Años)

CARLOS ROBERTO FUENTES GONZALEZ

Guatemala, Julio de 1981.

PLAN DE TESIS

- I INTRODUCCION
- II OBJETIVOS
- III MATERIAL Y METODOS
- IV ABSCESES HEPATICOS. GENERALIDADES
- V ABSCESO HEPATICO AMEBIANO
- VI ABSCESO HEPATICO FIOGENO
- VII PRESENTACION DE RESULTADOS Y COMENTARIO
- VIII CONCLUSIONES
- IX RECOMENDACIONES
- X BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Existen dos tipos de lesiones Intrahepáticas clasificadas como abscesos. Uno tiene lugar por infestación con *E. Histolytica* otro como absceso piógeno que es una infección por Bacterias.

Debido a la alta Incidencia y a la naturaleza de las complicaciones que resultan de los abscesos hepáticos, el diagnóstico y el tratamiento temprano juegan un papel importante en el manejo total de éste cuadro.

El propósito de éste trabajo es precisamente revisar las experiencias de nueve pacientes que se presentaron con absceso hepático en el Hospital General de Occidente.

Todos los pacientes que debido a causas como:

Fracaso en el tratamiento médico, ruptura inminente de los abscesos, inadecuada aspiración o problemas de diagnóstico y que tuvieron que ser sometidos a un procedimiento quirúrgico para su tratamiento, fueron incluidos.

Debido a que en los años recientes ha habido un marcado aumento en la incidencia de abscesos hepáticos, esto indudablemente refleja la importancia del diagnóstico para una temprana y adecuada terapia. Los-

factores adversos que afectan la Mortalidad, como carecimiento de terapia adecuada, ruptura hacia cavidades serosas; pueden disminuirse con los métodos actuales de diagnóstico, pero debido a que algunos son sofisticados en nuestro medio, la terapia a veces es obscura y generalmente se basan en historias clínicas, hallazgos físicos sugestivos y anomalías de la biología. Muchas veces los abscesos son únicamente reconocidos en la necropsia.

De lo anteriormente expuesto surge el deseo de contribuir con el presente trabajo para que el Médico general, principalmente en nuestro medio, que tarde o temprano enfrente ante problemas de abscesos hepáticos, conozca y contribuya al manejo más acertado de este problema.

II. OBJETIVOS

A GENERALES

1. Contribuir a la determinación de datos específicos de abscesos hepáticos que recibieron tratamiento médico y quirúrgico en el Hospital General de Quezaltenango durante un período de 6 años.
2. Efectuar un estudio sobre abscesos hepáticos con datos propios de nuestro medio.
3. Contribuir con las autoridades universitarias, especialmente con la Facultad de Medicina al estudio de abscesos hepáticos.

ESPECIFICOS

1. Presentar la incidencia de abscesos hepáticos con tratamiento médico y quirúrgico en el Hospital General durante un período de 6 años.
2. Determinar cuales son los grupos más afectados en la región (sexo, edad, procedencia etc.)
3. Analizar las indicaciones y procedimientos utilizados en el diagnóstico y tratamiento de abscesos hepáticos en el Hospital General.

4. Presentar en forma resumida un estudio sobre las consideraciones generales, clínicas y patológicas de los abscesos hepáticos.
5. Establecer relación entre los datos obtenidos y los referidos por la --- literatura médica al respecto.

III MATERIAL Y METODOS

Se presenta una revisión por medio de nueve registros médicos del Hospital General de Quezaltenango que pertenecen o pertenecieron a pacientes que presentaron absceso hepático durante el período 1975-1980 y que fueron dados de egreso con éste diagnóstico.

Los datos para la elaboración de este trabajo se obtuvieron de:

- A. Archivo de registros médicos del Hospital General
- B. Archivo del Departamento de Patología del Hospital.

Se realizó la revisión de las fichas médicas investigando los siguientes parámetros:

- A. Manifestaciones clínicas
- B. Exámenes de Laboratorio
- C. Exámenes radiológicos
- D. Tratamiento Médico
- E. Tratamiento Quirúrgico
- F. Morbilidad y mortalidad

Se efectuó también una revisión bibliográfica sobre el tema, principalmente a través de publicaciones de los últimos años tratando de investigar cada uno de ellos la etiología, los principales medios de diagnóstico y el tratamiento para contar con los elementos de juicio necesarios para la comparación de los datos tabulados.

IV. ABSCESES HEPATICOS

GENERALIDADES:

Clásicamente se describe dos lesiones clasificadas como abscesos del hígado, -- La primera tiene lugar por infestación -- con Entamoeba Histolytica; la segunda -- el absceso piógeno que es una infección -- por bacterias. Ambas lesiones están asociadas con una considerable morbilidad y mortalidad.

Desde los detallados estudios de -- Ochsner en 1938 la patogenésis y la -- terapia de ambas entidades clínicas ha -- cambiado significativamente.

Anteriormente los abscesos en general afectaban a pacientes jóvenes y la mayoría de estos eran causados por Entamoeba Histolytica o con frecuencia como complicación de apendicitis aguda.

Hoy estos abscesos han tenido cambios en su patogénesis y su detección predomina en pacientes de mayor edad y el mejoramiento en los métodos bacteriológicos y de laboratorio han hecho cambiar y han -- proporcionado datos adicionales en la naturaleza y etiología de los abscesos hepáticos . (1,11)

Las nuevas técnicas de diagnóstico como -- centellografía hepática, angiografía, y la tomografía axial computarizada han permitido un alto grado de precisión diagnóstica y mejorado la mortalidad a través de diagnóstico y tratamiento temprano.

Asimismo el aparecimiento de drogas antiamebianas y antibióticos específicos en combinación con las mejoras en las indicaciones y técnicas de la aspiración y drenaje de los abscesos, después de una exacta localización acompañada de un manejo pre y post-operatorio adecuado han permitido que éste problema sea resuelto en una forma más efectiva disminuyendo el prolongado tiempo de hospitalización y ayudando a mejorar el pronóstico.

V. ABSCESO HEPATICO AMEBIANO

El absceso hepático amebiano se observa en países donde es frecuente la amebiasis intestinal. Pero en años recientes --- han habido un marcado aumento en muchos centros en donde esta enfermedad no es endémica y han sido reportadas experiencias en centenares de casos. (1)

Entamoeba Histolytica penetra en el cuerpo por vía bucal con material infectado, sobre todo agua de bebida.

PATOGENIA:

No se dispone de datos exactos acerca de la patogenia de la lesión hepática amebiana; la teoría más admitida sugiere que las amibas se alojan en vénulas pequeñas, originando zonas minúsculas de trombosis venosa hepática. La actividad citolítica de las amibas destruye luego el parénquima hepático. Las primeras etapas de la enfermedad suelen llamarse hepatitis amebiana, pero la patología de esta etapa -- del proceso no ha sido bien estudiada.

No se ha establecido la frecuencia -- con la cual las amibas llegan al hígado, -- pero existen estudios indicando que el hígado contiene una sustancia amibostática;

por lo tanto se supone que las amibas llegan -- al hígado con gran frecuencia, pero no logran sobrevivir en dicho órgano. Es probable que -- sólo una pequeña proporción de pacientes que -- sufren contaminación hepática por este protozoo desarrollen el cuadro clínico a la enfermedad hepática. Entre los pacientes con amibiasis intestinal, la frecuencia de participación hepática varía entre 1 y 25% según las series. Sin embargo, muchos enfermos tienen participación hepática sin lesiones de la porción tubular del aparato digestivo.

Las vías por la que la amiba alcanza el hígado son:

a. Vía hematógena:

La amiba se disemina de la infección intestinal a través del sistema porta, esto demostrado por la presencia de amibas en las vénulas y capilares de la submucosa intestinal, la muscularis y las tributarias portales en secciones histológicas tomadas de pacientes con amibiasis. (2)

b. Ruta Trasperitoneal:

Los trofozoitos se depositan en la cavidad peritoneal y de esta forma -- alcanzan el hígado. (2)

c. Vía linfática:

Probablemente por la existencia de comunicación linfática entre intestinos e hígado. (2)

La mayor parte de pacientes se observan después de que se ha desarrollado un absceso franco, lo cual suele ocurrir -- probablemente por coalescencia de cierto número de pequeñas áreas de necrosis y -- destrucción citolítica del parenquima hepático.

El encontrarse las amibas en el hígado se filtran por los capilares portales produciendo oclusión del lumen con la consecuente necrosis portal. Debido a la actividad citolítica de la amiba, sobreviene la lisis de las zonas necróticas -- infartadas con la temprana formación de abscesos, los que se hacen confuentes -- formando abscesos de gran tamaño. (2)

Patología y Localización de la lesión:

Patológicamente el absceso se observa sobre todo en el lóbulo derecho del órgano, lo cual tiene interés, dado que la sangre venosa portal que drena el colon va de preferencia al lado izquierdo. (1)

Sin embargo la teoría más aceptada -- actualmente se basa en que la sangre --- drenada por la vena mesentérica superior se concentra principalmente en el lóbulo derecho. Esta vena drena la sangre del

colon ascendente, lugar donde la amiba se localiza con más frecuencia; mientras que la sangre drenada por la vena mesentérica inferior, proviene del recto sigmoides, es llevada al lóbulo izquierdo. (2)

La localización de la lesión tiene especial importancia ya que los abscesos del lóbulo derecho con mayor frecuencia presentan complicación pleural o ruptura del absceso con paso del contenido dentro de las cavidades pleurales, dentro de las vías aéreas o pericardio, mientras el absceso del lóbulo izquierdo generalmente es más difícil de diagnosticar y puede dar lugar a dos tipos -- de presentación atípicas.

La primera asociada con la presencia de una masa en epigastrio o hipocondrio derecho simulando un pseudoquistes del páncreas, enfermedad hidatínica o ensachamiento de la vesícula. En estas circunstancias la inspección abierta de la masa antes de una aspiración está indicada.

La otra presentación atípica mayor ocurre cuando el absceso hepático amibiano (70 a 80% del lado izquierdo) se rompe en la cavidad abdominal produciendo dolor intenso y signos de irritación peritoneal asociado o no con shock.

Macroscópicamente las lesiones pueden -- ser muy voluminosas frecuentemente de 10 cm

o más de diámetro, y el contenido del absceso tiene un aspecto típico. Se ha descrito como puré de anchoa o crema de chocolate. Es un material viscoso espeso de color rojo parduzco que prácticamente no se observa en ninguna otra lesión. Recientemente K.P. Singh y colaboradores han descrito características distintas del contenido de los abscesos encontrando invariablemente las aspiraciones de un color blancocremoso con contenido purulento en la parte de abajo. Médicos coreanos han reportado hallazgos similares.

El material de los abscesos es estéril en cultivo, y no permite observar amibas por estudio microscópico. Las amibas generalmente no suelen estar en la población líquida. Sin embargo la amiba puede ser difícil de encontrar y la frecuencia de identificación varía de 11% a 84%. Cuando la amiba se demostrada por biópsia de la pared del absceso, la confirmación es definitiva.

CARACTERES CLINICOS:

Por razones desconocidas la penetración de la mucosa del colon por Entamoeba Histolytica con la resultante disentería y los síntomas intestinales es más frecuen

te en los pacientes de sexo masculino. Las complicaciones extracólicas ocurren de 7 a 9 veces más frecuentemente en los hombres que en mujeres. (3)

El comienzo de los síntomas del absceso hepático es variable la mitad, aproximadamente, de los pacientes no dan antecedentes de diarrea importante, contrariamente a lo que cabría esperar, y muchos no tienen diarrea al tiempo de establecerse el diagnóstico de absceso hepático, en otros pacientes el diagnóstico previo de amibiasis o la confirmación de las amibas al tiempo de empezar los síntomas de una pista inmediata del probable diagnóstico.

Esta entidad se presenta usualmente con signos generales como calofríos, fiebre, náuseas, vómitos, anorexia y pérdida de peso.

Los síntomas de participación hepática incluyen dolor en el cuadrante superior derecho que puede ser sordo o agudo, y en algunos pacientes sospechosos de abdomen agudo. En presencia de participación diafragma puede existir dolor pleurítico y también aparece con cierta frecuencia hipo y otros como resultado de irritación del nervio frénico a este nivel.

Los signos físicos varían de acuerdo al

estado general de los pacientes. La hepatomegalia y la defensa abdominal con principal localización en el cuadrante superior derecho del abdomen son los hallazgos más frecuentes en la exploración. El hígado es palpable hacia arriba más allá de lo normal. Contrariamente a los primeros trabajos sobre amibiasis hepática, la ictericia es poco frecuente y en el pasado probablemente fué atribuida a patología biliar de otro tipo. Las principales anomalías en el examen del tórax incluye rose de fricción, disminución de los ruidos respiratorios y estertores, hallazgos que son inconstantes durante la fase complicada de los abscesos.

HALLAZGOS DE LABORATORIO

Los datos de laboratorio en la amibiasis hepática no son específicos, y pueden ser de gran ayuda en el diagnóstico principalmente como en nuestro medio, cuando la Sinografía o la Ecografía no son disponibles.

Deben efectuarse pruebas funcionales hepáticas en los pacientes en los que se sospecha éste proceso, las cuales en la mayor parte de los casos dan resultados normales. La disminución de la albúmina sérica es la más frecuente anomalía --

observada en varias series. La hiperbilirrubinemia ha sido reportada como un hallazgo raro y la ictericia es probablemente de origen colestático debido a la destrucción o compresión del conducto principal biliar -- Intrahepático.

La velocidad de sedimentación puede estar acelerada. Un hallazgo relativamente común es el aumento de la fosfatasa alcalina, así como el aumento en la retención de Bromosulfotaleína. Se ha considerado que las alteraciones en la depuración y transporte de BSF obedecen más a factores de colestasis Intrahepática que a la lesión hepatocelular ya que en caso de ser importante estaría reducida la capacidad de almacenamiento.

Lo mismo han encontrado valores aumentados en la DNA-asa del suero con tendencia a normalizarse al mejorar la condición clínica considerándose como un índice de colestasis Intrahepática. Las cifras de transaminasas oxalacética y glutámico pirúvica pueden estar ligeramente elevadas. En las formas crónicas se pueden encontrar anemia con Hipocromía y disminución en las proteínas séricas.

PRUEBAS DE LABORATORIO ESPECIFICAS

El diagnóstico seguro puede ser difícil. Se ha creado una serie de pruebas, incluyen

do fijación de complemento, hemaglutinación, prueba de precipitina en difusión de Gel y técnicas de inmunofluorescencias. En ninguna de ellas es uniformemente positiva en todos los enfermos y pueden obtenerse resultados positivos -- falsos. Se ha señalado que las pruebas de hemaglutinación y difusión en Gel, realmente tienen precisión del orden de 96%.

La sigmoidoscopia muestra colitis -- activa sólo en una pequeña proporción de pacientes con absceso de hígado. Se -- descubren parásitos en las heces y en -- muestras por Sigmoidoscopia en el 20% -- aproximadamente de los pacientes.

Se señala que solo el trayecto que -- hacen los trofozoitos de E. Histolytica, da oportunidad para que el sistema Inmunitario pueda reconocer los componentes -- extraños y desarrolle la respuesta Inmunitaria a través de los linfocitos T y B.

La respuesta serológica puede reconocerse mediante las siguientes pruebas:

1. Precipitación en Gel de agar.
2. Floculación de partículas de Latex.
3. Hemoaglutinación de eritrocitos -- sensibilizados con antígenos amibianos.

4. Inmunofluorescencia indirecta.
5. Fijación del complemento.
6. Inmunolectroforesis y contraelectroinmunoforesis.
7. Inmovilización de trofozoitos.

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS ESPECIALES:

RAYOS X

El diagnóstico de absceso amibiano muchas veces puede sospecharse basándose en simples exámenes radiológicos. El aspecto típico es la elevación del diafragma derecho en su parte medial anterior. Esto contrasta con la -- imagen típica del absceso subfrénico, que se presenta sobre todo en el espacio postero-superior y causa elevación de la parte posterior y lateral del diafragma. También en orden de frecuencia se encuentra un pequeño -- derrame pleural derecho con neumonitis basal o atelectasias.

Una de las pruebas diagnósticas más útiles actualmente es el centelleo-hepático después de la inyección de tecnecio radio activo. Además se han descrito otras diversas técnicas como ultrasonido, angiografía y tomografía -- axial computarizada.

Desde la introducción de técnicas efectivas de fotoexámenes y de fácil disponibilidad

de los radioisótopos para exámenes del hígado (centellografía) y el advenimiento de la arteriografía selectiva del tronco celíaco y el ultrasonido. En 1967 (Mc Carthy) aparecieron nuevas rutas hacia el diagnóstico precoz de los abscesos hepáticos.

CENTELLOGRAFIA

Actualmente se dispone de isótopos radioactivos que inyectados por vía intravenosa se localizan en el hígado. El más frecuentemente empleado es el Sulfato de Tecnecio (Tc99) que es un emisor gamma con una vida media de seis horas, y es captado por el sistema reticuloendotelial particularmente por la células de Kupper del hígado.

El centelleo radioactivo es particularmente útil para reconocer lesiones en masa del hígado, como cáncer metastático, quistes o abscesos voluminosos.

Para localizar un absceso subfrénico es útil un centelleo combinado del hígado y pulmón, por medio de Tecnecio, también se puede tener información sobre el volumen del bazo o lesiones.

ULTRASONIDO

La investigación ultrasónica del hígado se emplea para valorar lesiones en masas del órgano. El método más frecuente utilizado es aquel en que los ecos se registran y se almacenan en un osciloscopio para obtener una imagen compuesta bidimensional.

La principal utilidad del ultrasonido en el hígado es que puede diferenciarse o permite distinguir una masa intrahepática sólida y una masa intrahepática quística.

ANGIOGRAFIA HEPATICA SELECTIVA

El cateterismo selectivo del tronco celíaco ha permitido un estudio detallado de la anatomía arterial del hígado. La angiografía es esencial para la diferenciación entre un absceso y un tumor. Un absceso se demuestra como una masa solitaria avascular y un tumor con cierto grado de vascularización y descubrir metástasis insospechadas en otros lóbulos hepáticos.

La vía preferida es el cateterismo trans femoral percutáneo de la aorta abdominal, manipulando la punta de la sonda para que penetre en la arteria hepática, esplénica o mesentérica superior.

Las complicaciones consisten en hemorragia de la zona de punción arterial o trombosis de la propia arteria. Las reacciones alérgicas por medios de contraste son raras.

TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA

Este es un método más específico que el centellograma hepático isotópico y sus ventajas es que pueden detectarse abscesos intrahepáticos profundos y proveer una guía visual para la colaboración peritánica del drenaje. Este procedimiento se considera particularmente apropiado para pacientes de bajo riesgo quirúrgico.

COMPLICACIONES

- 1.- Infección secundaria con gérmenes piógenos.
- 2.- Rotura en la cavidad peritoneal. Menos del 10%
- 3.- Rotura a través del diafragma.

Las paredes del absceso consisten en revestimiento vellosos de fibrina, rodeado de reacción fibrovascular escasa, por la hemorragia hacia los restos que experimentaron digestión parcial, la cavidad del absceso está ocupada por una sustancia pastosa, achocolata y no contiene pus, pasta de "anchoas".

Es característico que los abscesos contengan exudado pastoso pardo y no pus. Después de ocurrir las lesiones hepáticas los parásitos pueden llegar al pulmón por vía sanguínea o directamente atravesando la cápsula hepática, al diafragma y la cavidad pleural, hasta llegar al parénquima, de manera análoga ocurren extensión hacia el saco pericardio o formación de fistulas bronco-pleurales o pleuropulmonares.

En otros casos se pueden extender al riñón, estómago duodeno o colón. Los focos pulmonares pueden originar invasión secundaria del cerebro y a veces a la meninges.

Uno de los rasgos característicos de la amiba histolytica patógena es la tendencia a englobar eritrocitos enteras.

En síntesis: los abscesos hepáticos amibianos son complicación temible de la disentería amibiana. Los parásitos llegan al hígado por la vena porta.

Para el diagnóstico depende la identificación histológica de los parásitos-- en la pared del absceso.

Como otra amiba no patógena E. Coli -- habita normalmente en el colón debe diferenciarse de la amiba patógena E. Coli se caracteriza por no presentar eritrocitos-fagocitados ni invaden la pared intestinal la forma enquistada puede poseer hasta 8 núcleos.

TRATAMIENTO

El tratamiento del absceso siempre ha sido de motivo de discusión. En las cuatro décadas anteriores consistía sistemáticamente en drenaje y administración de drogas -- amebicidas.

Prácticamente la emetina era el único-producto eficaz para el tratamiento del absceso hepático amibiano hasta el aparecimiento de la cloroquina en 1948. Sin embargo-- durante mucho tiempo se utilizó la administración de emetina con cloroquina juntamente con amebicidas intestinales como diodo--quina.

Sin embargo en años recientes ha habido un cambio notable en el tratamiento del absceso hepático al desarrollarse nuevas -- drogas que parecen ser muy eficaces y tienen muy poca toxicidad. En 1965 Powell y colaboradores señalaron la asociación de dihidroemetina más cloroquina como tratamiento de elección. No obstante poco -- tiempo después estos autores señalaron resultados excelentes con el empleo de metronidazol.

Actualmente lo que se utiliza es el Metronidazole en dosis de 50 mgr. por Kilo gramo de peso dividido en 3 dosis diarias por 7 a 10 días en niños. En adultos se-

puede utilizar 400 a 800 mgrs 3 veces al día por 5 días.

El Metronidazole es un agente muy eficaz y seguro tanto para la infección amibiana intestinal como para la extraintestinal es el producto de elección. La respuesta al tratamiento depende de la desaparición de síntomas y signos clínicos, y la retracción progresiva del defecto hepático en varios centelleos seriados.

La persistencia del absceso después de la terapéutica medicamentosa es indicación para efectuar la aspiración con aguja.

Las indicaciones para el tratamiento quirúrgico del absceso hepático amibiano son pocas y raras.

La terapia específica antiamebiana con Metronidazole es probablemente mejor combinada con drenaje del Absceso por aspiración percutánea con aguja. Tempranamente se puede reconocer un Absceso Hepático Amibiano combinando con terapia agresiva, puede prevenirse la morbilidad significativa y mortalidad asociada a la enfermedad.

VI. ABSCESO PIOGENO

GENERALIDADES:

El absceso piógeno del hígado es una lesión relativamente rara. Ha sido siempre así aunque en el pasado se descubría frecuentemente como complicación de la apendicitis con pileflebitis. Los pacientes que sufren abscesos hepáticos de este tipo plantean un difícil problema clínico. Los signos y síntomas de los abscesos piógenos son variables y la evaluación individual del paciente puede ser prolongada, condición que los hace altamente letales e influyen directamente en la alta mortalidad de los abscesos piógenos del hígado debido básicamente al retraso en el diagnóstico. Sabajj en 1972 encontró un retraso en el diagnóstico promediado en 50 días y --- también en otras series menos de 50% de casos fueron diagnosticados en vida. La mortalidad permanece actualmente entre el 30 y 50% contribuyendo sustancialmente a este pobre pronóstico, el retraso en el diagnóstico.

Básicamente han habido cuatro fases en la historia del tratamiento:

1. Los días anteriores a la cirugía los abscesos eran fatales.
2. Los drenajes quirúrgicos ayudaron a la sobrevivencia.

- 3.- La introducción de antibióticos mejoraron el pronóstico.
4. Finalmente las pruebas diagnósticas especiales para valorar --- trastornos ocupativos hepáticos, en particular la centellografía y la ultrasonografía aparecidos a partir de 1960, han jugado un papel primordial en la localización y diagnóstico de los absceso.

Los abscesos piógenos del hígado ocurren en todas las edades y son igualmente comunes en niños y en adultos; en --- adultos son más comunes en hombres que en mujeres, y existe alta incidencia en diabéticos.

El hígado parece ser particularmente resistente a la infección bacteriana si se considera que las bacterias han de penetrar en el hígado a través de la vena porta en gran número procedente del colon. Esto es particularmente en pacientes con enfermedades inflamatorias. A pesar -- de la frecuencia de diverticulitis, apendicitis y otras.

El antecedente de cirugía abdominal reciente en alguno de los pacientes es alto y suficiente como asociarlo o relacio-

narlo como subsecuentes abscesos hepáticos. En un estudio realizado por A.E. Young en 1978 en 28 pacientes con absceso piógeno, - 9 de ellos (35%) tenían una historia de operaciones previas. Tres gastrotomías --- parciales, dos úlceras duodenales perforadas y dos pancreáticos duodenectomías y dos apendicectomías; habiendo un retraso entre dos a tres años de espacio o promedio de -- ocho meses después, de las operaciones, antes que se presentaran los abscesos hepáticos. Casi todas estas operaciones no tuvieron complicación inicialmente.

ETIOLOGIA DE LA LESION

Se clasifican de acuerdo a cuatro mecanismos fundamentales:

- a. Extensión de estructuras vecinas
- b. Hematógeno
- c. Infecciones de lesiones hepáticas primarias
- d. Criptógeno

A.E. Young ha hecho una clasificación más detallada de los orígenes, y pueden -- ser:

1. Piemia portal secundaria a apendicitis, enfermedad diverticular, u otra enfermedad inflamatoria en el área de drenaje portal.

2. Colangitis secundaria a enfermedad maligna o cálculos que obstruyen los conductos biliares. Esto viene a ser una de las causas menos comunes de los abscesos.
3. Diseminación directa de enfermedades por vena.
4. Trauma hepático generalmente severo.
5. Infarto después de embolismo
6. Criptógeno: como mayor incidencia acompañado de sepsis intra-abdominal. Los abscesos criptogénicos son proporcionalmente más comunes, aunque su causa no es bien conocida. En 43% de series reportadas por Beffler y Mc Carthy los sitios primarios de la sepsis no se encontraron.

AGENTES CAUSALES DE LOS ABSCESOS PIOGENOS

Los organismos patógenos envueltos en esta entidad clínica son muy diversas. Aunque esteptococcus fecalis y E.

Coli han sido reportadas en muchas series como los microorganismos más comunmente aislados, Sabajj ha enfatizado que debido a que un estudio bacteriológico anaeróbico-adeecuado no fue llevado a cabo en forma rutinaria antes de 1971, es posible que la incidencia de infecciones anaeróbicas se ha ya subestimado.

En los últimos años un aumento en la incidencia de infecciones mixtas ha sido notado, así como infecciones debidas a gérmenes gram negativas.

LOCALIZACION DEL ABSCESO

El absceso piógeno puede ser único o múltiple. Los abscesos únicos se observan sobre todo en el lóbulo derecho; incluso cuando son múltiples, la participación del lóbulo derecho aisladamente se considera es más frecuente que la de ambos lóbulos. El izquierdo se encuentra afectado en menos del 5% de los casos. La mayor parte de estas lesiones se presentan en forma relativamente aguda pero en algunos pacientes el absceso puede pasar a ser crónico hasta de dos años de existencia.

PRESENTACION CLINICA

Los síntomas que predominan en el tiempo de aparecimiento de los mismos son fiebre, dolor, sudoración nocturna, náuseas y vómitos y pérdida de peso. El dato clínico más importante de estos, es la fiebre que va desde 37.5 a 40.5 C, usualmente alternante. Los abscesos múltiples acompañados de colangitis da origen a la llamada curva séptica con grandes variaciones en las 24 horas. El dolor puede ser otro síntoma de mucha ayuda.

La sudoración nocturna ocurre aproximadamente en 40 a 50% de los casos y generalmente es descubierta en mayor proporción en los pacientes que no presentan dolor.

Los requerimientos básicos para una terapia efectiva del absceso son un diagnóstico y tratamiento temprano. El tiempo de la operación es más importante al procedimiento operatorio.

La terapéutica antibiótica debe establecerse tan pronto se sospeche el diagnóstico. Debido a que los gérmenes más frecuentes incluyen estreptococo aureus por lo tanto, hay que emplear antibióticos de amplio espectro.

Recientemente haya reportado en una forma satisfactoria de aspiración trashepática y drenaje del absceso por la vía percutánea; la cavidad puede drenarse completamente por esta vía.

Este método es recomendado para los abscesos hepáticos posteriores o intrahepáticos profundos que pueden localizarse satisfactoriamente sin entrar al colón o perforar alguna viscera hueca.

Se enfatiza por último que el pronóstico de los abscesos hepáticos piógenos depende del diagnóstico y tratamiento temprano y las posibilidades disponibles en la actualidad deber ser aprovechadas para identificarse en forma precoz los abscesos hepáticos.

El signo físico más frecuente es la hepatomegalia. El agrandamiento hepático generalmente puede extenderse hacia arriba en lugar de hacia abajo y este es uno de los pocos procesos que originan aumento de este tipo. Típicamente el hígado está hipersensible. La ictericia, quizá sorpresivamente casi no se observa durante el tiempo de presentación de los abscesos excepto en los pacientes que se presentan con colangitis ascendente.

LABORATORIO Y HALLAZGOS RADIOLOGICOS

Generalmente existe leucocitos importante con gran aumento de polimorfonucleares. Este aumento de leucocitos es mayor en el absceso piógeno que en el amibiano. La eritrosedimentación - aumenta algunas veces más de lo esperado por el estado clínico pero puede -- variar de 15 a 135 mm/hg. Un aumento de la fosfatasa alcalina sérica y -- albúmina baja frecuentemente es el único indicio para un diagnóstico correcto.

La radiografía de tórax revela generalmente un proceso inflamatorio subdiafragma, derrame pleural o presencia de aire libre por debajo del diafragma. La fluroscopía puede indicar limitación en el desplazamiento diafragmático.

Los procedimientos diagnósticos -- especiales son los mismos aportados -- para el diagnóstico de absceso hepático amibiano.

TRATAMIENTO DEL ABSCESO PIOGENO

El tratamiento del absceso piógeno consiste en la exploración intraabdominal y el drenaje quirúrgico adecua

do. Este último es escencial si se logra facilmente cuando el absceso es único, pero puede resultar imposible en pacientes con abscesos múltiples en ambos lóbulos -- hepáticos.

En la revisión de 6 años sobre abscesos hepáticos, en el período comprendido entre 1975 y 1980 en el Hospital General de Occidente, Quezaltenango, 9 casos se les dió de alta con éste diagnóstico.

CUADRO No. 1
INCIDENCIA POR SEXO

Sexo	No. de Casos	Porcentaje
Masculino	6	66.66%
Femenino	3	33.33%
TOTAL	9	99.99%

Dentro de estos 9 casos. 6(66%) correspondieron al sexo masculino y 3(33%) sexo femenino, lo que viene a confirmar que el hombre está más predispuesto a la Infección.

CUADRO No. 2
EDAD

Edad	No. de Casos	Porcentaje
2 a 20 años	4	44.44%
21 a 40 años	2	22.22%
41 a 60 años	1	11.11%
61 a 80 años	2	22.22%
TOTAL	9	99.99%

Los casos más afectados fueron entre la segunda y cuarta década de la vida, siendo el caso de menos edad de 2 años y 79 años de más edad.

CUADRO No. 3

ANTECEDENTES

Antecedente	No. de Casos	Porcentaje
Alcoholismo		
Crónico	4	44.44%
Diarrea Inespe		
cífica	2	22.22%
Diarrea Amibiana	1	11.11%
Antecedentes sin		
importancia	2	22.22%
TOTAL	9	99.99%

Entre los antecedentes investigafos - en los 9 pacientes predominó el alcoholismo Crónico en 4 casos (44.44%)

CUADRO No. 4

PROCEDENCIA

Procedencia	No. de Casos	Porcentaje
Quezaltenango	3	33.33%
Mazatenango	3	33.33%
Totonicapan	1	11.11%
San Marcos	2	22.22%
TOTAL	9	99.99%

Con respecto a la procedencia 6 casos (66.66%) correspondieron al antiplano Oc-cidental, lo que indica que las condiciones de vida son precarias, asimismo condi-ciones ambientales iguales a otros departa-mentos. El crecimiento de la población y las áreas marginales son los que vienen a dar la pauta de las enfermedades.

CUADRO No 5

CUADRO CLINICO

Síntomas/Signos	No de Casos
Dolor en cuadrante superior	
derecho	7
Fiebre no cuantificada	5
Anorexia	5
Cuadro diarreico	3
Vómitos	3
Distensión Abdominal	2
Ictericia	1
Adinamia	1

La sintomatología al igual como lo seña - lan los textos el síntoma primordial es el dolor en el cuadrante superior derecho que 7 ca-sos lo presentaron. Siguiendole fiebre no --- cuantificada y anorexia y otros síntomas que - se presentaron en forma aislada.

CUADRO No. 6
HALLAZGOS RADIOLOGICOS

Tórax	No. de Casos	Porcentaje
Normal	1	11.11%
Anormal	7	77.77%
No se efectuó Rx	1	11.11%
TOTAL	9	99.99%

Los estudios radiológicos efectuados, solamente en 1 caso fué el estudio normal, y 1 caso no se efectuó por fallecimiento del paciente. En 7 casos (77.77%) fué -- anormal con elevación del hemidiafragma - derecho y borramiento y obliteración diafragmática derecha; el cual es un estudio sencillo y a la mano del Médico.

CUADRO No. 7
RESULTADOS DE LABORATORIO

Pruebas Efectuadas	No de Ptes	Porcentaje
Hemoglobina:		
Baja	6	66.66%
Normal	3	33.33%
Leucocitos:		
Mayor de 10,000	7	77.77%
Menor de 10,000	2	22.22%
Segmentados:		
Arriba de 70%	6	66.66%
Abajo de 70%	3	33.33%
Eritrosedimentación:		
Arriba de 20 mm/Hra	9	100%
Transaminasas:		
Normales	5	55.55%
Anormales	2	22.22%
No efectuadas	2	22.22%
Bilirrubinas:		
Normales	2	22.22%
Anormales	4	44.44%
No efectuadas	3	33.33%
Fosfatasa Alcalina:		
Aumentada	3	33.33%
Normal	2	22.22%
No efectuada	4	44.44%
Proteínas totales y Relación A/G		
Efectuadas	6	66.66%
Normales	2	22.22%
Bajas	4	44.44%

Los cambios más significativos en el cuadro anterior fueron la hemoglobina, la cual presentó un valor bajo en el 66% del grupo investigado. La leucocitosis en el 77% de los casos con desviación a la izquierda (66%). La eritrosedimentación se elevó en el 100% de los casos. A ningún paciente se le efectuó tiempo de Protrombina. El 44% de los pacientes no se les efectuó fosfatasa alcalina.

CUADRO No 8
ESTUDIOS COPROLOGICO

Coprológico	No de Casos	Porcentaje
Heces Corrientes:		
Positivas	3	33%
Negativas	6	67%
TOTAL	9	100%
Heces en Fresco:		
positivo	2	22%
Negativo	3	33%
No se efectuaron	4	44%
TOTAL	9	99%

En los Exámenes Coprológicos: Los exámenes de heces corrientes 3 casos -- (33%) fueron positivos a Entamoeba Histolytica heces en fresco solo 2 (22%) -- fueron reportados positivos.

A ningún paciente se les efectuó heces en PVA.

No se encontró ningún dato de haber efectuado Sigmoidoscopia en ninguno de los pacientes investigados.

CUADRO No. 9
TRATAMIENTO MEDICO

De los 9 casos revisados y analizados recibieron las drogas siguientes:

Farmacos Utilizados	No. de Casos	Porcentaje
Metronidazole	2	22%
Metronidazole y Ampicilina	3	33%
Metronidazole y Dihidroemetina	2	22%
Ampicilina	1	11%
Tetraciclina	1	11%
TOTAL	9	99%

El tratamiento médico instituido a los 9 pacientes investigados fué el Metronidazole -- más Ampicilina en 3 casos (33%) en 2 casos -- (22%) solamente recibieron Metronidazole. En 2 Casos (22%) se asoció al Metronidazole Dihidroemetina. En un paciente se le administró -- dos antibióticos de amplio espectro más un amebicida.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

De los nueve pacientes investigados y analizados solamente 2(22%) recibieron tratamiento quirúrgico.

1. Hallazgo: Absceso Múltiples lóbulos derecho de hígado.
Diagnóstico de Patología: Inflamación crónica y fibrosa.
Cultivo Estéril.
Pte Falleció: No se le efectuó Necropsia, por lo que no se supo la causa de Muerte.
2. Hallazgo: Absceso Hepático en lóbulo Izquierdo.
Procedimiento: Drenaje
Cultivo: Estéril
Post-operatorio satisfactorio, se le dió de alta a paciente en buenas condiciones.

COMPLICACIONES

Solamente se observó de los pacientes con tratamiento quirúrgico una complicación con Shock Séptico (Dx que no se reporta por medio del departamento de Patología por no habersele efectuado Necropsia Clínica).

MORTALIDAD

La mortalidad global de los 9 casos fué solamente de 3 casos (33%)

1. Diagnóstico de Patología: Ascítis severa, derrame pleural, derecho; insuficiencia respiratoria aguda.
2. No se le efectuó Necropsia clínica, -- diagnóstico final de alta y codificado como Absceso Hepático, Septicemia.
3. Diagnóstico de Patología: Absceso hepáticos múltiples más Septicemia.

No se encontró otro dato en la papeleta---analizada.

VIII. CONCLUSIONES

1. La enfermedad se presentó más frecuentemente en el sexo masculino (66%) y el grupo más afectado fue el comprendido en la segunda década de la vida.
2. El alcoholismo fué el antecedente más importante y se presentó en el (44%) de los pacientes. El antecedente de diarrea inespecífica y amibiana fué poca significativa en nuestro estudio comparado con otras series, correspondiendo en un 33% de los casos.
3. La procedencia de los casos fue más del área Occidental con un 66% de los casos.
4. La Sintomatología más frecuente encontrada en los casos estudiados fue dolor abdominal, principalmente en el cuadrante superior derecho; fiebre -- no cuantificada por termómetro.
5. El diagnóstico de absceso hepático -- puede sospecharse basándose en simples exámenes radiológicos, principalmente la radiografía de tórax que revela generalmente un proceso inflamatorio subdiafragmático indicado principalmente por la elevación del diafragma o presencia de derrame pleural, anormalida-

des que fueron observadas en el 77% de -- nuestros pacientes.

6. No se dispone en nuestro medio de procedimientos diagnósticos especiales que ayuden a la detección temprana de abscesos hepáticos.
7. Los datos de laboratorio no descubren cambios específicos en la mayoría de los pacientes con este problema. Las principales alteraciones hematológicas generalmente son leucocitosis con desviación a la izquierda y eritrosedimentación aumentada. La fosfatasa alcalina se elevó en un 33% de nuestra serie, dato que frecuentemente es el único indicio en los exámenes de función hepática para sospechar este diagnóstico.
8. De los nueve casos estudiados, cinco presentaron en el examen de heces Entamoeba Histolytica.
9. En los casos estudiados se encontró que -- varios pacientes se les inició tratamiento sin tener diagnóstico definitivo.

IX. RECOMENDACIONES

1. Debe tratarse de establecer un adecuado diagnóstico diferencial entre los dos tipos de abscesos hepáticos, utilizando principalmente las pruebas -- serológicas específicas y medios bacteriológicos adecuados, pues en el reciente estudio la mayoría de los abscesos son tratados como de etiología amibiana.
2. Las pruebas de diagnóstico especiales principalmente los centrellogramas, -- tienen que efectuarse en todos los pacientes con sospecha de absceso hepático, para demostrar la exacta ubicación del mismo.
3. Es importante realizar mejorar en los métodos y técnicas de aislamiento e -- identificación de cultivos anaerobios para tratar de verificar o establecer en mejor forma la etiología del abs--ceso Criptogénico, poco conocido y -- estudiado en nuestro medio.
4. Se recomienda no asociar necesariamente el antecedente de disentería a absceso hepático amibano ya que éste, se presenta aproximadamente en el 50% de los casos, por lo que debe acudir a la prueba de hemaglutinación que es -- más específica.

X. BIBLIOGRAFIA

1. De Bakey-Jordán Jr. et. al.
Hepatic abscesses. Both Intra and Extrahepatic Surg Clin North Am 57(2) 325-37 -- Apr 77.
2. Dulis Neftalí Velásquez Miranda
Absceso Hepático Amebiano en el Hospital San Juan de Dios.
Tesis, Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Junio 1975.
3. Egleston et, al.
The Results Of. Sugery In Amebic Liver - Absces. Epxperiences in Eighty-Tree Patients Sugery 83 (5) 536-9 May 78.
4. Horanich Y. et al.
Piogenic Abscess of the Liver
Conn Med 41 (5) 276-9 May 77.
5. Ibarra Pérez et al.
Complicación Pleural del Absceso Hepático Amibiano.
Prensa Med. Mex. 7-8 223-225 Agosto 76.
6. Ibarra Pérez et al.
Tratamiento del Absceso Hepático Amebiano abierto a un Bronquio.
Prensa Med. Mex. 5-6 159-161 Junio 76.

7. Johnson López - Leslie Frank.
Absceso Hepático Amebiano en el Hospital Roosevelt.
Tesis, Guatemala, Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas Mayo de 1978.
8. Lancet Mayo 29 de 1976.
Piogenic Liver Abscess: a Continuing-Problem Of Management.
9. Ponce Figueroa, José Guillermo.
Abscesos Hepáticos, diagnóstico y tratamiento en el Hospital General de -- Guatemala.
Tesis, Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Agosto de 1979.
10. Pérez Fernández, et al.
Open Amebic Liver Abscess In The Anterior Abdominal Wall Rev Esp Enferm Apar Dig.
52 (1) 97-108 1 Jan 78.
11. Reid Tm.
Letter: Streptococcus Millers Liver-Abscess Lancet 1 (1960) 648-9 20 -- Mar 76.
12. Sánchez Benett, Guillermo Humberto -
Absceso Hepático Amebiano en el Hospital Roosevelt, departamento de Medicina.
Tesis, Guatemala, Universidad de San

- Carlos. Facultad de Ciencias Médicas.
Mayo de 1978.
13. Santioni B. et al.
Hepatic Abscesses Improvement In Mortality With. Early Diagnosis And Treatment.
Am. J. Surg May 78.
 14. Somell A. et al.
Piogenic Liver Abscess As a Cause Of - Acute Abdominal Pain a Report Of 2 Cases.
Acta Chir Scand 142 (8) 605-7 1976.
 15. Vidal San et al.
Piogenic Absceso Of The Liver Rev Esp. Enferm Apar Dig.
52 (2) 197-210 15 Jan 1978.

Br.

Carlos Roberto José Fuentes González

Asesor.

Isidro Maldonado Vidal

Dr.

Revisor.

Jorge Guillermo López Rec

Fase III

Adheim

Dr.

Secretario

Raul A. Castillo Rodas

Dr.

Decano.

Rolando Castillo Montalvo.